



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Bruno Pereira Stuchi

Polifarmácia em idosos na atenção primária

Rio de Janeiro

2016

Bruno Pereira Stuchi

Polifarmácia em idosos na atenção primária

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, a Universidade Aberta
do SUS.

Orientadora: Marcelle Bocater

Rio de Janeiro
2016

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar os pacientes acometidos pela polifarmácia uma vez que no Brasil 70% dos idosos sofrem de alguma doença crônica que necessita de tratamento farmacológico com uma ou mais drogas, não sendo incomum nas equipes de saúde da família a presença de usuários idosos acometidos pela polifarmácia. O método de estudo se dá através uma investigação individual por meio de prontuários e busca ativa de idosos cadastrados na equipe de saúde da família Barro Branco, considerando a necessidade da identificação dos fatores, que predispõe aos idosos ao uso de variadas medicações indiscriminadamente, sem considerar os riscos inerentes ao uso. Ao final deste projeto de intervenção espera-se como resultado além da identificação dos pacientes acometidos pela polifarmácia, a resolução ou amenização dos distúrbios causados por essa condição, a diminuição do número de fármacos ou otimização da utilização dos fármacos pelos pacientes, diminuição do confundimento sobre medicações, diminuir interações medicamentosas ou iatrogênias causadas pela medicação. O embasamento para os objetivos se dá através de conceitos típicos da Atenção primária a saúde, como longitudinalidade do cuidado e prevenção quaternária.

Descritores: Polifarmácia; Idoso; Atenção Primária.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3
1.1	Situação Problema	4
1.2	Justificativa	4
1.3	Objetivos	5
	Objetivo Geral	
	Objetivo Específico	
2.	REVISÃO DE LITERATURA	6
3.	METODOLOGIA	14
3.1	Desenho da Operação	14
3.2	Público-alvo	14
3.3	Parcerias Estabelecidas	14
3.4	Recursos Necessários	15
3.5	Orçamento	15
3.6	Cronograma de Execução	15
3.7	Resultados Esperados	16
3.8	Avaliação	17
4.	CONCLUSÃO	18
	REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo muito nas ultimas décadas no Brasil. Entre os anos de 1940 e 1970, houve um grande aumento da expectativa de vida da população, devido, sobretudo, às ações de saúde pública, como vacinação e saneamento básico e também aos avanços médico-tecnológicos. Estima-se que, em 2025, a população brasileira terá aumentado cinco vezes em relação à de 1950, ao passo que o número de pessoas com idade superior a 60 anos terá aumentado cerca de 15 vezes. Esse aumento colocará o Brasil na condição de portador da sexta maior população de idosos do mundo em termos absolutos. (CARVALHO et al, 2012)

Esse processo de envelhecimento gera desafios para toda a sociedade, e as equipes de saúde da família, tem papel fundamental, pela sua relação de proximidade com os pacientes, famílias e comunidade, como com a gestão publica de saúde.

A idade é uma variável preditora da terapia medicamentosa e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar algum tipo de fármaco aumenta desde a quarta década de vida (JUNIOR et al, 2013). Por causa da incidência de muitas patologias que acometem esta faixa etária, estes indivíduos tendem a ser maiores usuários de medicamentos. Segundo Flores et al.(2002), 91% dos idosos fazem uso de algum fármaco, sendo que 27% dos idosos entrevistados utilizavam cinco ou mais medicamentos.

A polifarmácia é comumente definida como o consumo múltiplo de medicamentos, embora não haja consenso na literatura quanto à quantidade de medicamentos necessária à configuração de sua prática. Além da comorbidade, estão implicados na gênese da polifarmácia o número de médicos consultados, a ausência de perguntas sobre os medicamentos em uso durante a consulta médica e a automedicação. Assim, a polifarmácia pode contribuir para o uso de medicamentos inadequados e não essenciais para o tratamento. Cria também uma barreira para a adesão ao tratamento, na medida em que torna mais complexos os esquemas terapêuticos, favorecendo com isso as interações medicamentosas e reações adversas (CARVALHO et al, 2012).

1.1 Situação-problema

A polifarmácia constitui hoje um dos mais comuns problemas no cuidado continuado do idoso na atenção primária, mesmo não havendo consenso na literatura sobre a definição de polifarmácia deve se entender como o uso concomitante de fármacos podendo acarretar diversos problemas a vida do paciente como uso de medicamentos inadequados e não essenciais para o tratamento. As iatrogênias inerentes a polifarmácia são hoje a terceira maior causa de internações hospitalares nos EUA.

1.2 Justificativa

No Brasil, 70% dos idosos possuem pelo menos uma patologia crônica, ou seja, necessita de tratamento farmacológico e uso regular de medicamentos. Alguns estudos mostram que 56% dos idosos possuem receitas com mais de quatro medicamentos de uso contínuo(SILVA et al, 2012).

Os idosos usam um numero desproporcional de prescrições de medicamentos, cerca de um terço compram em mais de uma farmácia e metade recebe prescrições de mais de um medico. O número de medicamentos, a complexidade dos regimes terapêuticos, especialmente na vigência de comorbidades, e as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao processo de envelhecimento são elementos que aumentam a vulnerabilidade desse grupo etário aos eventos adversos a medicamentos, seja por reações adversas, seja por interações medicamentosas(CARVALHO et al, 2012). É fato que os problemas causados pela polifarmácia, como iatrogenias, interações medicamentosas, disfunções orgânicas inerentes a idade que se agravam ao uso de múltiplos medicamentos podem comprometer a capacidade funcional dos idosos expostos, além de representar um excesso de custo para o sistema de saúde.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

Este projeto de intervenção tem como objetivo identificar idosos acometidos por polifarmácia na área atendida pela equipe de saúde da família Barro Branco e diminuir o uso de medicamentos por pacientes em polifarmácia na medida do possível.

- *Objetivos específicos*

Identificar o número de medicações utilizadas em idosos portadores de doenças crônicas ou não.

Identificar possíveis interações medicamentosas e iatrogenia causadas pelo número de medicações utilizadas.

Reduzir a utilização desnecessária de medicamentos em idosos.

Melhorar a administração de medicação em idosos da área atendida pela ESF.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O processo de envelhecimento requer uma atenção especial da sociedade, tendo em vista a fragilidade apresentada com sua saúde, o idoso necessita de uma assistência contínua. Nesse sentido, o aumento da população idosa no Brasil trouxe desafios cada vez maiores aos serviços de saúde e à equipe multidisciplinar, pois à medida que se envelhece surgem alterações crônicas típicas do envelhecimento. As alterações fisiológicas e patologias fazem com que os idosos necessitem de variados medicamentos, favorecendo com isso a polifarmácia e a automedicação. A polifarmácia pode ser considerada como a quantidade de fármacos ingeridos por um indivíduo (GOMES H.O, 2008).

Com o aumento da expectativa de vida da população, aumenta o contingente de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, na qual os medicamentos têm um papel importante. Está bem documentado que elevada porcentagem de idosos utiliza medicamentos regularmente. O protocolo de tratamento de várias doenças crônicas prevê a associação de vários medicamentos, e a prescrição daqueles idosos portadores de uma ou mais doenças crônicas tem grande probabilidade de ser classificada como polifarmácia (SILVA et al, 2012).

Segundo Paula Junior et al(2013), a polifarmácia pode ser categorizada como pequena, quando de dois a três fármacos; moderado, quando de quatro a cinco; e grande, quando acima de cinco fármacos.

Assim, a polifarmácia pode contribuir para o uso de medicamentos inadequados e não essenciais para o tratamento. Cria também uma barreira para a adesão ao tratamento, na medida em que torna mais complexos os esquemas terapêuticos, favorecendo com isso as interações medicamentosas e reações adversas (GOMES H.O, 2008).

Ao prescrever medicamentos para idosos, o médico deve: considerar a real necessidade do uso do medicamento; não prescrever medicamentos que não sejam realmente úteis, principalmente aqueles com incidência elevada de efeitos colaterais; avaliar se a dose do medicamento é a mais apropriada para as possíveis alterações do estado fisiológico do paciente, considerando as funções renais e hepáticas do momento; verificar a forma farmacêutica mais indicada; observar se a embalagem é a mais indicada para o idoso, levando em conta suas dificuldades; evitar, sempre que possível, o uso de medicamentos para tratar os efeitos colaterais de outra medicação; ter sempre em mente a possibilidade de interação com substâncias que o paciente possa estar usando sem o conhecimento do médico, incluindo fitoterápicos, medicamentos não controlados, sobras de medicamentos obtidos de amigos; usar associações fixas de medicamentos só quando estas forem lógicas, bem estudadas e auxiliem a aceitabilidade ou melhorem a tolerância e a eficácia; tentar verificar se o paciente aceita e segue corretamente o tratamento(JUNIOR et al, 2013).

Iatrogenia e os medicamentos mais utilizados por idosos

Aproximadamente, 14% dos custos totais com saúde estão relacionados a medicamentos e mais de um quarto dos medicamentos é prescrito para idosos, que representam menos de 12% da população, chegando a consumir, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, pois um grande número deles sofre de vários problemas de saúde. Nos idosos estes medicamentos são, em sua maioria, de uso crônico, fazendo com que o uso de múltiplos medicamentos predisponha à ocorrência de interações medicamentosas (CARVALHO FILHO, 1998).

Segundo Haroldo Gomes e Célia Caldas(2008) *“as interações medicamentosas podem ser classificadas em duas categorias: sinérgica, quando os efeitos combinados dos dois medicamentos são maiores que a soma dos efeitos individuais; e antagônica, quando o efeito resultante é menor que a combinação dos efeitos dos dois medicamentos isolados ou quando a interação resulta em anulação parcial ou completa das propriedades farmacológicas de cada medicamento”*.

Ainda segundo os autores citados pacientes idosos apresentam maior risco de interações medicamentosas devido as alterações fisiológicas inerentes a idade, reações atípicas a fármacos, prescrições inadequadas e não observância adequada dos esquemas terapêuticos que podem contribuir para a maior toxicidade medicamentosa no idoso. No esquema representado na Figura (1) podemos ver os principais fatores de risco para gênese da polifarmácia, fatores inerentes ao medicamento, ao profissional da saúde e ao próprio paciente.

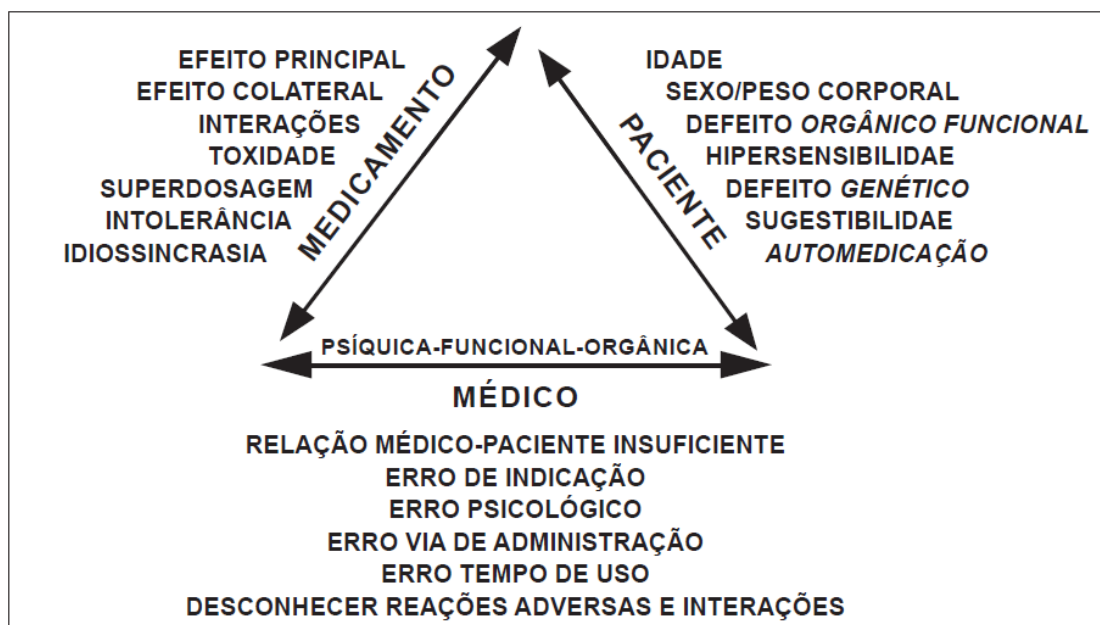


Figura (1): Esquema representativo da tríple carga de fatores de risco para gênese da polifarmácia na população idosa.
Fonte: Silva et al 2012

Consideram-se como afecções iatrogênicas aquelas decorrentes da intervenção do médico e/ou de seus auxiliares, seja ela certa ou errada, justificada ou não, mas da qual resultam consequências prejudiciais para a saúde do paciente; as pesquisas indicam que sua maior ocorrência é em pacientes idosos (GOMES H.O, 2008).

Como o atendimento do idoso apresenta um caráter multidisciplinar, onde profissionais de várias áreas associam-se para oferecer uma assistência global ao paciente, o conceito de iatrogenia nesses pacientes tem significado mais amplo, relacionando-se às condutas tomadas pelos vários membros da equipe. Entre os medicamentos causadores de iatrogenia, predominaram os quimioterápicos, digitálicos, neurolépticos e anti-inflamatórios não hormonais como podemos ver destacados na Figura (2).

Segundo Carvalho Filho et al (1988) entre os medicamentos mais causadores de iatrogênia encontram-se:

Drogas	%
Quimioterápicos	22,2
Digitálicos	16,7
Neurolépticos	11,1
Antiinflamatórios	11,1
Benzodiazepínico	5,6
Corticoesteróide	5,6
Antidepressivo	5,6
Hipotensor	5,6
Sulfato Ferroso	5,6
Warfarin	5,6

Figura (2): Medicamentos causadores de iatrogênia. Fonte: Carvalho Filho et al, 1998

Em uma pesquisa realizada na cidade de Curitiba no ano de 2002 Penteado et al relataram o uso de medicamentos com maior prevalência em idosos. As medicações antihipertensivas e de ação cardiovascular foram as mais frequentemente relatadas (47,17% dos entrevistados); o destaque entre os medicamentos de ação cardiovascular foram os bloqueadores de β -adrenoceptores; os inibidores da enzima conversora da angiotensina; os bloqueadores dos canais de cálcio, como a nifedipina; e os glicosídeos cardiotônicos, como a digoxina. O uso de diuréticos foi mencionado por cerca de 20,75% dos entrevistados como coadjuvante deste grupo de fármacos e, dentre eles, os do tipo tiazídicos, como a hidroclorotiazida (PENTEADO et al, 2002).

Na mesma pesquisa, estes autores encontraram que os analgésicos e antiinflamatórios são utilizados por 37,73% dos entrevistados; tendo o consumo do ácido acetilsalicílico grande participação como analgésico e, também, como antiplaquetário.

Outros fármacos são listados na medicalização do idoso como: os ansiolíticos e os vitamínicos, na mesma proporção de 32,07% dos idosos; as medicações para distúrbios metabólicos, nutricionais e endócrinos, como diabetes, lipidemias e disfunções da tireóide, por 28,30%; os para distúrbios do aparelho digestivo por 26,41% dos entrevistados; os medicamentos para circulação cerebral e periférica, por 22,64%. Também foram relatados aqueles de ação terapêutica para problemas oftalmológicos, respiratórios, doenças hematológicas e renais (PENTEADO et al, 2002).

Na mesma pesquisa, Penteado *et al.* relataram que os benzodiazepínicos de longa duração foram os medicamentos inadequados com maior proporção de idosos em uso; quase 7% dos idosos estavam usando pelo menos um fármaco pertencente a esse grupo.

Realizando uma breve análise entre os dois estudos apresentados podemos observar que entre os medicamentos mais utilizados por idosos apresentados por Penteado et al, encontram-se diversas categorias classificadas por Carvalho filho et al, como medicamentos mais causadores de iatrogenia.

Os medicamentos cardiovasculares representaram a categoria terapêutica mais comumente usada, o que é explicado pela alta prevalência de doenças cardiovasculares entre a população idosa. Idosos apresentam frequentemente, também, quadros de insônia, ansiedade e estados confusionais, resultando na prescrição comum de fármacos com ação no sistema nervoso central. A preocupação em relação a esse grupo de medicamentos é que pessoas idosas são reconhecidamente mais suscetíveis a efeitos adversos deles advindos (CARVALHO FILHO, 1998).

A associação entre uso de medicamentos inadequados e variáveis como nível socioeconômico baixo visita a serviços de saúde e uso de medicamentos prescritos comporta várias explicações. Pode refletir o desconhecimento do profissional médico em relação à prescrição de medicamentos não recomendados para idosos, como também a prescrição de medicamentos que estão mais disponíveis nos serviços públicos, muitos deles considerados inadequados, como amitriptilina, clopropamida e metildopa.

O fato de não haver no Sistema Único de Saúde um pacote de medicamentos mais adequados para uso em idosos, regularmente disponível, torna a própria visita aos serviços de saúde elemento que aumenta a chance de uso de medicamentos inadequados para esse grupo (JUNIOR et al, 2013).

A ciência da farmacoterapia na terceira idade não é apenas prescrever medicamentos e sim, selecionar o melhor medicamento. O mais efetivo, porém com menos reações colaterais adversas, em menor dose sem que se deteriore a eficácia, utilizando a forma farmacêutica mais compatível com os idosos, com os intervalos ótimos e que se ajuste a exigências biológicas, porém considerando as eventualidades psicológicas, emocionais, sociais e econômicas de cada indivíduo(GOMES H.O, 2008).

Silva et al 2012, apresenta sugestões efetivas para prescrição de fármacos em pacientes idosos, buscando menor risco para eventos adversos. Estas sugestões apresentam bastante semelhança ao que é preconizado pelo Tratado de saúde da Família e comunidade para a pessoa idosa.

- ✓ O paciente levará todas suas medicações ao médico;
- ✓ Selecionar um fármaco que tenha utilidade para vários sintomas;
- ✓ Revisar contraindicações e interações com outros fármacos;
- ✓ Iniciar com doses baixas;
- ✓ Monitorar as reações adversas;
- ✓ Instruir os pacientes sobre seu tratamento e assegurar-se de que entenda;
- ✓ Revisar o cumprimento (apego terapêutico);
- ✓ Simplificar o regime de tratamento e retirar fármacos quando for possível;
- ✓ Boa comunicação médico-paciente;
- ✓ Utilizar lembretes como calendários, recipientes de cores e de fácil manejo e abertura, com etiquetas e letras grandes e claras; ademais, a explicação verbal em repetidas ocasiões e por escrito de como tomar o medicamento;
- ✓ Desfazer-se de fármacos velhos;
- ✓ Confirmar se o paciente esta cumprindo corretamente a terapêutica mediante perguntas diretas ou indiretas; o conteúdo de tabelas restantes; o contato com o farmacêutico que fornece as receitas. Às vezes se requererá da medicação a concentração sérica do fármaco;
- ✓ Contar com terceiras pessoas que supervisionem o regime do paciente;
- ✓ Convém prescrever sempre a mesma marca comercial;
- ✓ Se for possível “integrar” as doses dos fármacos dentro da própria rotina do paciente, como por exemplo: a hora de preparar o café, ou antes, de escovar os dentes, etc (SILVA et al, 2012).

Prevenção quaternária: um termo próprio à medicina de família e comunidade.

Proposto por Marc Jamoulle, Médico de Família e Comunidade belga, o conceito de prevenção quaternária almejou sintetizar de forma operacional e na linguagem médica vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica. A proposta foi feita por Jamoulle em 1999, tendo sido oficializada pela World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians em 2003 (NORMAN A.H, 2009).

A Prevenção quaternária foi definida de forma direta e simples por Jamoulle, como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Posto que um dos fundamentos centrais da medicina é o *primum non nocere* (“primeiro não prejudicar” em tradução livre), a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa (TESSER, 2012).

A conceituação de prevenção quaternária foi proposta no contexto clássico dos três níveis de prevenção de Leavel & Clark, que classificava a prevenção em primária, secundária e terciária. Jamoulle propôs a prevenção quaternária como um quarto e último tipo de prevenção, não relacionada ao risco de doenças e sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária. É a prevenção quaternária a ação que atenua ou evita as consequências do intervencionismo médico excessivo que implica atividades médicas desnecessárias (NORMAN A.H, 2009).

A prevenção quaternária nasce da percepção prática da medicina de família e comunidade e de uma ampliação e flexibilização dos conceitos de saúde-doença, típicas da atenção primária à saúde, que se deslocam da nosologia biomédica (sem ignorá-la ou subvalorizá-la) direcionando-se para uma atitude de diálogo e construção consensual com os usuários sobre o que é saúde e doença.

O caráter medicalizador e intervencionista da prática médico-científica começou, há algum tempo, a deixar entrever várias de suas limitações e mazelas, classificadas por Ivan Illich em: a) iatrogenia clínica: dano direto à pessoa derivado da intervenção médica, que recentemente revelou-se maior do que o imaginado, constituindo a terceira causa de morte nos EUA; b) iatrogenia cultural: destruição do potencial cultural, da segurança e dos recursos autóctones dos leigos para administração e cuidado de boa parte dos sofrimentos, adoecimentos, dores e conflitos comuns nas vidas das pessoas; c) iatrogenia social: transformações desarmônicas nas relações e papéis sociais dos doentes, tornando-os indivíduos apassivados e angustiados. Há ainda que destacar o dano derivado do excesso de prevenção: ansiedade e efeitos psicossociais dos testes e dos falsos positivos, intervenções desnecessárias

e potenciais complicações derivadas dos falsos-positivos, falsa segurança dos falsos-negativos, iatrogenia dos procedimentos preventivos em si, conversão de sadios em doentes. Humanizar o cuidado na APS, nesse contexto complexo, significa também a difícil tarefa de entender essa situação e relacionar-se com cuidado e sabedoria com as motivações, medos e crenças (TESSER, 2012).

Talvez uma das formas mais importantes de se evitar a medicalização excessiva das pessoas e praticar a prevenção quaternária é aliar três ferramentas importantes para o cuidado clínico: abordagem centrada na pessoa, medicina baseada em evidências e centramento do cuidado na atenção primária à saúde, com longitudinalidade. A primeira ferramenta diz respeito ao fato de que existe um sujeito que vive o drama da existência, com seu saber próprio e suas incertezas, medos, angústias, uma bagagem cultural marcada pela vida. Para realizar sua abordagem, deve-se colocar entre parênteses a idéia de diagnosticar doenças e colocar a ciência a serviço do ser humano, como apenas uma ferramenta que poderá ser utilizada ou não. A segunda ferramenta é a medicina baseada em evidências, a utilização de conhecimentos da biomedicina que tenham o melhor grau de comprovação de sua eficácia pela ciência, aliados ao contexto e anseios do paciente. Ou seja, o consciencioso uso da melhor evidência atual para tomar uma decisão sobre o cuidado de um paciente individual. A terceira ferramenta é o fortalecimento da atenção primária à saúde e da longitudinalidade nela, com o exercício do conceito de *watchful waiting* ("observação assistida"), ou demora permitida, particularmente importante para os médicos de família e comunidade e para a Estratégia Saúde da Família. Nesta última, o mecanismo de adscrição territorial dos usuários às equipes de saúde da família induz e supõe a longitudinalidade. Barbara Starfield estima que 40% dos pacientes que trazem um novo problema ao médico de família melhoram sem que seja estabelecido um diagnóstico específico (STARDFIELDS, 2002).

Longitudinalidade

“Longitudinalidade não é uma palavra que aparece em qualquer dicionário. Ela é derivada de longitudinal, que é definido como .lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos.. Embora a palavra continuidade seja usualmente empregada no lugar de longitudinalidade, esta última transmite melhor a idéia do que a anterior.”

Barbara Starfield – Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia.

Pag 247

No contexto da atenção primária, Longitudinalidade, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. O alcance da atenção primária implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. A continuidade da atenção é uma expressão usada frequentemente para descrever o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade de saúde entre uma consulta e outra ou mesmo em um determinado período de tempo (STARDFIELDS, 2002). Nesse sentido a continuidade da atenção prestada na Atenção primária a saúde traz ao paciente idoso e possivelmente acometido pela polifarmácia a esperança do diagnóstico e resolução de maneira mais clara.

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

A população a ser estudada será idosos com 60 anos ou mais, residentes na área de atuação da ESF.

3.2 Desenho da operação

Estes serão selecionados através do cadastro da ESF e terão os prontuários separados por área e idade para melhor obtenção dos dados. Após a seleção dos participantes seus prontuários serão analisados pelo médico e enfermeira da equipe. A análise dos prontuários buscara as seguintes informações: sexo, idade, residentes no domicílio, portador de doença crônica, utiliza medicação. Após a análise dos prontuários será realizada a busca ativa de informações sobre os pacientes através de marcação de consulta e/ou visita domiciliar, nesta segunda fase serão coletadas informações como: quantidade de medicações utilizadas, utilização de medicação não prescrita por profissional de saúde, quantidade de especialistas que o paciente é acompanhado, confundimento sobre posologia e tomada das medicações, necessidade de auxílio de terceiros para utilização das medicações, fatia do orçamento familiar empregado na compra de medicações. Nas duas fases da pesquisa será utilizado formulário padrão para a identificação do paciente e coleta dos dados. Terminado o processo de coleta, as informações serão analisadas com o objetivo de identificar os distúrbios mais comuns relacionados a polifarmacia nesta população de idosos. A equipe em conjunto, passa a elaborar um plano para resolução dos problemas identificados.

3.3 Parcerias Estabelecidas

Além das parcerias estabelecidas entre os membros da própria equipe de saúde da família, que engloba Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agentes comunitários de saúde. Estabelecerá uma parceria com Associação de moradores do bairro onde se encontra a ESF.

3.4 Recursos Necessários

Os recursos materiais necessários para este projeto de intervenção são:

Canetas esferográficas, pranchetas de madeira, Lousa ou quadro para elaborações de plano de ação, caneta ou giz para lousa, papel A4, computador, impressora e tinta, projetor, bicicleta ou carro para visitas domiciliares distantes.

Recursos humanos necessários: Médico, Enfermeira, Téc. Enfermagem, Agentes comunitários de saúde.

Os recursos necessários serão financiados através da secretaria municipal de saúde.

3.5 Orçamento

Materias de escritório(canetas, pranchas, papel A4): R\$300,00

Computador com Impressora: R\$ 4.500,00

Projetor: R\$2.500,00

Combustível para carro fornecido pela secretária de saúde: R\$ 300,00

3.6 Cronograma de execução

MÊS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
ANO	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016
Identificação da população a ser estudada ACS	X									
Coleta das informações nos prontuários Médico/Enfermeira	X	X								

Busca Ativa dos pacientes através de Consulta/VD Médico/Enfermeira e ACS			X	X	X					
Revisão dos Dados				X	X	X				
Elaboração da intervenção Médico, Enfermeira e ACS							X			
Realização das intervensões objetivando redução dos danos causados pela polifarmacia Toda Equipe								X	X	X

3.7 Resultados esperados

Através deste projeto de intervenção, além da identificação dos pacientes acometidos pela polifarmácia, espera-se a resolução ou amenização dos distúrbios causados por essa condição, espera-se a diminuição do numero de fármacos ou otimização da utilização dos fármacos pelos pacientes, diminuição do confundimento sobre medicações, diminuir interações medicamentosas ou iatrogênias causadas pela medicação. Isso é possível através de algumas ações como: revisão das prescrições de diferentes médicos, adequação da posologia das medicações utilizadas, informações pertinente as medicações e horários de tomada das medicações, possível diminuição do numero de medicações utilizadas e orientações sobre automedicação. Estes resultados dependem da total interação da equipe em todas as fases da intervenção

3.8 Avaliação

A avaliação da intervenção será realizada através de uma planilha onde constará o numero de idosos atendidos após a intervenção, a quantidade de problemas identificados e expectativa de quais problemas identificados houveram intervenção com solução satisfatória.

4. CONCLUSÃO

Talvez para entender os fatores que levam a polifarmácia no idoso seja antes necessário entender algo típico da medicina de família e comunidade, que é o processo saúde-doença baseado na pessoa e não na patologia. A gênese da polifarmácia no idoso se baseia muito na auto percepção de doença do paciente e da equipe que o acompanha, sendo que a posição do médico de saúde da família é altamente privilegiada pelo fato de sermos os organizadores do cuidado e de termos como artifício um dos princípios da APS que é a longitudinalidade do cuidado. Cabe ao médico e a toda equipe de saúde da família a identificação dos pacientes com risco de desenvolvimento da polifarmácia e a prevenção e tratamento dos casos já diagnosticados. Com o aumento da estratégia de saúde da família no Brasil nas décadas, esperamos que cada vez mais o papel e a importância do médico de família seja reconhecido e valorizado como podemos perceber que acontece em outros sistemas de saúde pelo mundo.

REFERÊNCIAS

Carvalho, M.F.C. Lieber, N.S.R, Mendes, G.B, .Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo – Rev Bras Epidemiol 2012; 15(4): 817-27

Júnior J.D.P, Junior J.C.B, Gonçalves JC. Prática de polifarmácia por idosos cadastrados em unidade de atenção primária Rev Investigação. 2013;13:15-18

Gomes H.O, Caldas C.P, Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Ano 7, Janeiro / Junho de 2008

Silva R, Schmidt O.F, Silva S. Polifarmacia em geriatria. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (2): 164-174, abr.-jun. 2012

Carvalho E. T. F. et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. Rev Saude Publica, v. 32, n. 1, p. 36-42, 1998.

Penteado P. T. P. et al. O uso de medicamentos por idosos. Visão Acadêmica, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 35-42, Jan./June 2002.

Norman A.H, Tesser C.D Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):2012-2020, set, 2009

Tesser C.D Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):416-426

Starfield, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield. . Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.